

## DISSECÇÃO AÓRTICA POR COMPLICAÇÕES DA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PROLONGADA: UM RELATO DE CASO

### AORTIC DISSECTION FOR COMPLICATIONS OF PROLONGED OROTRAQUAL INTUBATION: A CASE REPORT

Ilana Carolina **Sartori**<sup>1</sup>, Isabella **Hayashi**<sup>\*</sup>, Jessiane Karen **Silvestre**<sup>1</sup>, José Juares **Neto**<sup>1</sup>, Ângelo Yassushi **Hayashi**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>UNINGÁ - Centro Universitário Ingá, Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Norte Paranaense, Arapongas, PR, Brasil.

\*bellahayashi@hotmail.com

#### RESUMO

A dissecção aórtica ocorre com a rotura da camada íntima da aorta, por onde influi sangue até a camada média. Esse conteúdo extravasado coagulou e formou um trombo que ficou contido nas estruturas adjacentes e tamponou a laceração arterial. A causa no relato foi o aneurisma de tronco braquioceláxico devido a intubação orotraqueal (IOT) prolongada já que, a dilatação do vaso é proporcional ao risco de ruptura. O objetivo do relato é exemplificar as complicações da IOT prolongada, como o aneurisma e a estenose agravados em dissecção de aorta e óbito. D. N., 18 anos, sexo masculino, manifestava estridor laríngeo importante, dispneia aos pequenos esforços, oximetria a 85% e com estenose de 90% em traqueobroncoscopia. Foi diagnosticado com estenose subglótica devido a IOT prolongada após queda de motocicleta há 5 meses, com necessidade de diversas dilatações de emergência. Foi internado para realizar a dilatação da estenose com velas de nº 7 a 14. No entanto, a de nº 13 sangrou ativamente pela traqueia, sendo optada pela IOT e, através dela, passou o broncoscópio para aspiração do sangramento e para ventilação. Após 15 minutos, evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR) e, realizaram a recuperação cardiorrespiratória associada a epinefrina e norepinefrina. Enquanto isso, optaram pela cervicotomia para avaliação do sangramento e da ausculta cardiopulmonar. Ainda, fizeram a toracotomia anterior esquerda que o diagnosticou com tamponamento cardíaco devido a um aneurisma de aorta de localização inespecífica com possível rotura, justificado por uma lesão arterial do tronco braquiocefálico, necessitando da mediastinotomia. Com isso, realizaram a abertura do pericárdio para remoção de coágulos e sangue e então, iniciaram a massagem cardíaca direta com retorno de pulso. Assim, iniciaram a aspiração em hemitórax esquerdo e esternotomia parcial, visualizando o sangramento ativo que indicou a rafia dos vasos supra aórticos, a correção de acidose metabólica e a reposição de concentrado de hemácias. Durante a lavagem da cavidade, surgiram sangramentos e hematomas murais na raiz de aorta ascendente. Logo, realizaram a esternotomia total e circulação extracorpórea total com canulação de femoral direita e átrio direito associada ao resfriamento corporal, à rafia do arco aórtico, do tronco braquiocefálico direito e das anastomoses. Ao retirar a circulação extracorpórea, o paciente ficou hipotenso e desencadeou com choque cardiogênico refratário que evoluiu à PCR em assistolia sem retorno da circulação espontânea mesmo com massagem cardíaca direta, administração



de altas doses de drogas vasoativas e condutas do protocolo do ACLS. Após 6 horas e 20 minutos do início da cirurgia, o paciente evoluiu ao óbito. Apesar das indicações de dilatações traqueais após estenoses e reestenoses, a reconstrução cirúrgica é o tratamento preferencial, em vista ao aumento do risco de complicações nas dilatações frequentes.

**Palavras-chave:** Aneurisma aórtico. Aneurisma dissecante. Choque cardiogênico. Parada cardíaca. Tamponamento cardíaco.